

Czy cechy osobowości i nasilenie objawów nerwicowych wiążą się ze sprawozdawaniem myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych?

Are neurotic personality traits and neurotic symptoms intensity associated with suicidal thoughts reported by patients of a day hospital for neurotic disorders?

Jerzy A. Sobański¹, Katarzyna Cyranka¹, Paweł Rodziński²,
Katarzyna Klasa³, Krzysztof Rutkowski¹, Edyta Dembińska¹,
Michał Mielimaka¹, Łukasz Müldner-Nieckowski¹,
Bogna Smiatek-Mazgaj¹

¹ Katedra Psychoterapii UJ CM

² Oddział Kliniczny Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży
Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

³ Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Summary

Aim. Analysis of prevalence and intensity of suicidal thoughts and their associations with neurotic personality traits as well as neurotic symptoms intensity in patients participating in qualification for hospitalization in a day hospital for treatment of neurotic and behavioral disorders.

Methods. The results of Symptom Checklist KO”0”, Neurotic Personality Questionnaire KON-2006 and Life Inventory of 1063 patients (739 women and 324 men), admitted to psychotherapy in a day hospital because of neurotic, behavioral and personality disorders.

Results. In the population of patients coming for treatment in the day hospital, the presence of suicidal ideations (SI) was common (reaching one-third of the respondents) and was regardless of the respondents’ gender associated with significantly higher global symptom level (OWK) and significantly greater global neurotic personality disintegration (XKON) as well as significantly higher values of most of the neurotic personality inventory scales. None of the neurotic personality traits reduced the risk of suicidal ideation nor was associated with low SI arduousness.

Conclusions. Day hospital patients reporting SI are a subgroup burdened with more severe neurotic disorders and comorbid personality disorders. Thus, the persons reporting in symptom

questionnaires willingness to take one's own life, although relatively frequently encountered, deserve special attention due to the greater severity of their symptoms.

Słowa kluczowe: osobowość, myśli samobójcze, objawy nerwicowe

Key words: personality, suicidal ideations, neurotic symptoms

Wstęp

Myśli samobójcze (MS), jak i inne, często towarzyszące im przejawy autoagresji stanowią szeroko rozpowszechnione objawy. W populacji ogólnej (w USA i Francji) rozpowszechnienie MS w roku poprzedzającym ocenę jest szacowane w badaniach wielkogrupowych na ok. 4% (od 2,1% do 6,8%), tworzenia planów samobójczych na 1,0% (0,1%–2,8%), natomiast ryzyko podjęcia próby samobójczej na ok. 0,5% [1, 2]. Występowanie zachowań ryzykownych, takich jak nadużywanie substancji psychoaktywnych czy ryzykowne kontakty seksualne, zarówno przy obecności motywacji do odebrania sobie życia, jak i jej braku, także jest związane z podwyższonym ryzykiem samobójstwa, na co wskazują badania francuskiej populacji generalnej [2] oraz brytyjskich adolescentów [3]. W tych ostatnich badaniach, porównując adolescentów z historią zachowań autoagresywnych, którzy nie chcieli się zabić podczas ostatniego epizodu zachowań autoagresywnych, z tymi, którzy nie podejmowali nigdy działań autoagresywnych, odnotowano, iż u tych pierwszych częściej myśli i planów samobójczych była znacząco wyższa i wynosiła odpowiednio 37,6% vs. 7,8% oraz 8,7% vs. 0,7% [3].

Liczną grupę pacjentów psychiatrycznych, u których występują MS, stanowią osoby z rozpoznaniem zaburzeń lękowych, co pokazali Sareen i wsp. [4], którzy na podstawie badania przekrojowego 7 076 takich osób określili dla MS współczynnik ryzyka $OR = 2,29$ (95% CI: 1,85–2,82), a dla prób samobójczych $OR = 2,48$ (95% CI: 1,70–3,62). Na podstawie podłużnego badania 4 796 osób uzyskali współczynnik ryzyka dla MS $OR = 2,32$ (95% CI: 1,31–4,11), natomiast dla prób samobójczych $OR = 3,64$ (95% CI: 1,70–7,83). Doprowadziło to do konkluzji, iż uprzednie zachorowanie na zaburzenia lękowe stanowi niezależny czynnik ryzyka późniejszego wystąpienia myśli samobójczych oraz prób samobójczych, a także że współistniejące zaburzenia lękowe podnoszą ryzyko podejmowania prób samobójczych u osób z zaburzeniami afektywnymi. Podobne wyniki uzyskali Thibodeau i wsp. [5], opierając się na dwóch badaniach obejmujących łącznie niemal 44 tysiące osób dorosłych (National Comorbidity Survey Replication – NCS-R oraz National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – NESARC). Stwierdzili oni, iż zaburzenia lękowe wiązały się z podwyższonym w okresie całego życia ryzykiem podjęcia próby samobójczej (NCS-R 95% CI: 3,57–6,64; NESARC 95% CI: 3,03–7,00) oraz wystąpienia myśli samobójczych (NCS-R 95% CI: 2,62–4,87; NESARC 95% CI: 3,34–10,57). Z kolei badania przeprowadzone przez Chertrand i wsp. [6] sugerują, że zaburzenia lękowe wiążą się z występowaniem prób samobójczych, w szczególności zaś fobia społeczna oraz uogólnione zaburzenia lękowe zdają się łączyć z groźniejszymi formami intencjonalnych zachowań autoagresywnych (deliberate self-harm), w tym

prób samobójczych. Napon i wsp. [7], objąwszy badaniem ponad 34 tysiące osób dorosłych spośród populacji ogólnej, także zaobserwowali podwyższone ryzyko prób samobójczych w grupie pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń lękowych (OR = 1,70; 95% CI: 1,40–2,08), w szczególności lęku napadowego (OR = 1,31; 95% CI: 1,06–1,61) oraz zespołu stresu pourazowego (OR = 1,81; 95% CI: 1,45–2,26). Autorzy stwierdzili również, że współwystępowanie zaburzeń osobowości z zespołem lęku napadowego oraz współwystępowanie zaburzeń osobowości z zespołem stresu pourazowego wiązało się w badanej grupie ze znacznie podwyższonym ryzykiem występowania prób samobójczych (odpowiednio OR = 5,76; 95% CI: 4,58–7,25 oraz OR = 6,90; 95% CI: 5,41–8,79). Wśród osób, u których często spotykane są MS współwystępujące ze znacznym ryzykiem samobójstwa, są także pacjentki z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania się [8, 9]. Zaobserwowano, że do prób samobójczych dochodzi u 3–20% pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego oraz 25–35% kobiet z rozpoznaniem żarłoczości psychicznej [10]. Ponadto potwierdzono w badaniach częste obserwacje psychiatrów, że zaburzenia osobowości typu borderline i typu antyspołecznego cechują się częstym występowaniem myśli samobójczych oraz obarczone są wysokim ryzykiem zachowań autoagresywnych [11–15]. Sposoby realizacji zamierzeń samobójczych wykazują również pewne odrębności w zależności od typu rozpoznanego zaburzenia osobowości. W badaniu Blasco-Fontecilla i wsp. [16] wykazano, iż próby samobójcze podejmowane przez pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń osobowości o typie narcystycznym cechowały się istotnie wyższą śmiertelnością w porównaniu z próbami podejmowanymi przez pacjentów, którzy nie mieli takiej diagnozy. Jednocześnie stwierdzono, że rozpoznanie zaburzeń osobowości typu histrionicznego, antysocjalnego i borderline nie miało istotnego związku ze śmiertelnością podejmowanych prób samobójczych.

Jak pokazuje doświadczenie kliniczne, profil osobowości ma także niebagatelne znaczenie przy ocenie MS oraz ryzyka samobójstwa. Według badań Schaefer i wsp. [17] takie cechy jak wysoka skłonność do niepokoju oraz impulsywność mogą stanowić istotny czynnik ryzyka dla MS. W pracy przeglądowej Brezo i wsp. [18] stwierdzono, iż czynniki ryzyka, takie jak poczucie braku nadziei, neurotyczność oraz ekstrawersja, wydają się najbardziej użyteczne przy ocenie zagrożenia wystąpienia wszystkich trzech objawów, tj. MS, prób samobójczych i dokonania samobójstwa. Wiele doniesień badawczych poświęconych jest ryzyku samobójstwa, które często wiąże się z występowaniem MS. Blüml i wsp. [19] na podstawie badania obejmującego 2 555-osobową grupę reprezentatywną dla populacji Niemiec z wykorzystaniem pięcioczynnikowego modelu osobowości (Big Five Inventory – 10) stwierdzili, iż neurotyczność oraz otwartość na doświadczenie okazały się związane z ryzykiem samobójstwa tylko u kobiet, zaś u mężczyzn ekstrawersja oraz sumienność (conscientiousness) okazały się czynnikami protekcyjnymi. Prace Sjöströma i wsp. [20] wskazują, że niskie poczucie koherencji (oceniane za pomocą Sense of Coherence Scale) stanowi czynnik ryzyka wystąpienia kolejnych zachowań samobójczych u pacjentów po przebytej próbie samobójczej. W badaniu przeprowadzonym przez Pompilio i wsp. [21] zaobserwowano, iż temperament drażliwy (irritable temperament) oraz wycofanie społeczne (social introversion) stanowiły czynniki

predykcyjne wobec ryzyka samobójstwa, natomiast temperamenty dystymiczny, cyklotymiczny i lękliwy stanowiły znaczące czynniki ryzyka poczucia braku nadziei. Ci sami autorzy stwierdzili, że pacjenci obarczeni ryzykiem samobójstwa częściej wykorzystują histrioniczne oraz schizoidalne mechanizmy obronne. Badania Handley i wsp. [22] potwierdziły współwystępowanie MS z wyższym nasileniem psychologicznego dystresu (OR 1,30; 95% CI 1,23–1,37) oraz neurotycznością (OR 1,15; 95% CI: 1,04–1,27), jak również z niższą dostępnością wsparcia społecznego (OR 0,80; 95% CI: 0,69–0,92). Z kolei badanie autorstwa Gmitrowicz i wsp. [23] obejmujące adolescentów leczonych w warunkach oddziału psychiatrycznego stacjonarnego wykazało, że dokonywanie przez nich samookaleczeń lokuje ich w grupie pacjentów zagrożonych podjęciem próby samobójczej bez względu na to, jaki jest ich styl radzenia sobie ze stresem oraz jaki jest poziom ich emocjonalnej inteligencji. Przyjmuje się również, że podejmowanie przez pacjentów prób samobójczych wiąże się z reprezentowanym przez nich stylem przywiązania. Według badań przeprowadzonych przez Mandal i Zalewską [24, 25], przy wykorzystaniu Testu Stylu Przywiązania, obejmujących grupę 35 kobiet leczonych na oddziałach psychiatrycznych, które podjęły próbę samobójczą w ciągu dwóch lat przed udziałem w badaniu (w której dominowały osoby z diagnozą zaburzeń depresyjnych stanowiące 45% i zaburzeń osobowości – 21%), najczęściej występującym stylem przywiązania u pacjentek z tej grupy był styl unikający (63%), rzadziej zaś lękowo-ambiwalentny (25%) i bezpieczny (11%).

Znaczenie występowania MS u pacjentów psychiatrycznych wykracza poza ich użyteczność dla oceny ryzyka niebezpiecznych zachowań. Występowanie MS to zjawisko stanowiące formę ekspresji złożonej konstelacji czynników intrapsychicznych konstytuujących temperament, osobowość i mechanizmy obronne pacjentów oraz mające charakter komunikatu skierowanego do partnerów interakcji. Szczególnie dotyczy to pacjentów, w leczeniu których psychoterapia odgrywa wiodącą rolę. Leczenie za jej pomocą pociąga za sobą konieczność dokonywania interpretacji zachowań pacjentów, ich objawów oraz wnoszonych przez nich treści – ze szczególnym uwzględnieniem skarg tak dramatycznych, jak chęć odebrania sobie życia [26–29]. W praktyce klinicznej nader często obserwujemy tego typu sytuacje wymagające pogłębionej refleksji w przypadku pacjentów psychoterapeutycznych oddziałów dziennych. Spotykamy się wówczas z różnorodnością reakcji współpacjentów, jak również szeregiem dylematów, z którymi zmuszony jest się zmierzyć personel oraz superwizorzy, w zakresie adekwatnego postępowania [30], wyboru interwencji psychoterapeutycznych, postaw etycznych oraz kwestii prawnych [31].

Cel

Niniejsze badanie miało na celu określenie różnic w zakresie globalnego nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych oraz nerwicowych zaburzeń osobowości w grupach pacjentów zgłaszających i niezgłaszających myśli samobójczych.

Material i metoda

Jako źródła informacji o występowaniu i nasileniu objawów użyto kwestionariusza objawowego KO„0” J.W. Aleksandrowicza [32], zawierającego informacje o występowaniu i nasileniu 135 dolegliwości, w okresie tygodnia poprzedzającego badanie, ujęte w postaci współczynnika globalnego nasilenia dolegliwości (OWK). Do oszacowania występowania myśli samobójczych służyło pytanie o „uciążliwość w ciągu ubiegłych siedmiu dni chęci odebrania sobie życia” (pozycja 62. w KO„0”). Pozytywna odpowiedź wymagała od pacjenta wybrania jednej z trzech opcji, które służyły rozróżnieniu stopnia „uciążliwości” danego objawu. Gradacja obejmowała trzy stopnie uciążliwości dolegliwości: (a) nieznacznie uciążliwa, (b) średnio uciążliwa, (c) bardzo uciążliwa. Sumując pozytywne odpowiedzi na ww. pytanie, określono odsetek wszystkich pacjentów deklarujących MS w ogóle.

Informacji o nasileniu zaburzeń osobowości uznanych za typowe dla zaburzeń nerwicowych („nerwicowych zaburzeń osobowości”) dostarczyły wyniki kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006 [33–36] stosowanego także do oceny wyników psychoterapii [37–39].

Kwalifikacja do leczenia obok badań za pomocą wymienionych kwestionariuszy obejmowała co najmniej dwa badania psychiatryczne, badanie psychologiczne oraz zestaw kilku kwestionariuszy, pozwalając na wykluczenie innych zaburzeń (m.in. zab. afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zab. egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych) uniemożliwiających podejmowanie psychoterapii na tutejszym oddziale dziennym [40].

Grupę badaną stanowiło 1 063 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości (tab. 1 i 2). Średni wiek 739 kobiet oraz 324 mężczyzn wynosił 30 lat.

Tabela 1. **Ogólne nasilenie objawów (OWK) i zaburzeń osobowości (XKON) oraz rodzaj zaburzeń wg ICD-10**

		Kobiety	Mężczyźni
Ogólna Wartość	średnia \pm odch. standardowe	381,3 \pm 154,5	338,9 \pm 141,4
Kwestionariusza (OWK):	mediana	379,0	318
Globalne nasilenie	średnia \pm odch. standardowe	36,8 \pm 22,9	34,6 \pm 22,6
nerwicowej dezintegracji	mediana	36,0	34,0
osobowości (XKON)			
Rozpoznanie (główne)	F34 Dystymia ¹	4%	3%
	F40 Zab. lękowe w postaci fobii	10%	11%
	F41 Inne zab. lękowe	27%	22%
	F42 Zab. obsesyjno-kompulsyjne	3%	9%
	F43 Reakcja na stres i zab. adaptacyjne	12%	8%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Rozpoznanie (główne)	F44 Zab. dysocjacyjne	3%	1%
	F45 Zab. pod postacią somatyczną	9%	15%
	F48 Neurastenia	1%	2%
	F50 Zab. odżywiania się	7%	0%
	F60 Zab. osobowości	22%	23%
	Inne ¹	2%	6%
	Brak danych	0,3%	0,3%

¹ – rozpoznania współwystępujące z co najmniej jednym rozpoznaniem z zakresu F40–F69

Tabela 2. Cechy socjodemograficzne badanych

		Kobiety	Mężczyźni
Wiek w latach	Średnia \pm odch. standardowe	29,9 \pm 8,9	29,6 \pm 7,9
	Mediana	27,0	27,0
Wykształcenie	Brak/podstawowe	4%	5%
	Średnie (w tym studenci)	64%	58%
	Wyższe	32%	37%
Zatrudnienie	Pracuje	42%	48%
	Nie pracuje	58%	52%
	W tym renta	2%	2%
	Bezrobotni	11%	10%
	Studenci	34%	29%
Stan cywilny	Panna/kawaler	61%	68%
	Małżeństwo	30%	25%
	Rozwiedzeni/w separacji	8%	6%
	Wdowy/wdowcy	1%	1%

Dane uzyskane w wyniku rutynowych badań diagnostycznych (w latach 2004–2008) wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej. Używano licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL. Porównania międzygrupowe przeprowadzono stosownie do cech analizowanych rozkładów parametrycznym lub nieparametrycznym testem dla dwóch lub więcej grup niepowiązanych, przeprowadzając także stosowne testy post-hoc.

Wyniki

Informacje o rozpowszechnieniu myśli samobójczych wśród badanej grupy pacjentów oddziału dziennego, zależnie od płci badanych, przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Występowanie i maksymalne nasilenie myśli samobójczych wśród pacjentów oddziału dziennego zależnie od płci

		Kobiety	Mężczyźni
MS	Rozpowszechnienie wysoce uciążliwych MS	*8%	*3%
	Ogólne rozpowszechnienie MS	34%	34%

* $p < 0,05$

Odsetki występowania MS („chęć odebrania sobie życia”) okazały się zbliżone dla kobiet i mężczyzn i wyniosły po 34%, natomiast odsetek wysoce uciążliwych MS (odp. „c”) był zdecydowanie (istotnie) wyższy u kobiet niż u mężczyzn (8% vs. 3%).

Tabela 4. Różnice w zakresie cech osobowości nerwicowej pomiędzy grupami pacjentów, którzy zgłosili MS, oraz tych, którzy nie zgłosili MS

	Kobiety			Mężczyźni		
	bez MS	obecność MS	p	bez MS	obecność MS	p
Globalna nerwicowa dezintegracja osobowości (wsp. XKON)	32,1 ± 21,9	45,9 ± 21,9	***	30,2 ± 21,5	43,2 ± 22,2	***
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	8,5 ± 4,7	10,6 ± 4,5	***	7,8 ± 4,4	9,6 ± 4,4	*
2. Astenia	9,4 ± 3,1	11,1 ± 2,3	***	9,0 ± 3,6	10,7 ± 2,7	***
3. Negatywna samoocena	5,1 ± 3,3	7,6 ± 3,3	***	3,9 ± 2,9	6,6 ± 3,6	***
4. Impulsywność	7,5 ± 4,0	9,4 ± 3,9	***	6,5 ± 3,9	7,8 ± 3,7	*
5. Trudności podejmowania decyzji	7,4 ± 2,7	7,6 ± 2,9		7,1 ± 2,7	7,2 ± 2,7	
6. Poczucie wyobcowania	4,7 ± 3,6	7,6 ± 3,9	***	4,5 ± 3,4	7,1 ± 3,8	***
7. Demobilizacja	11,3 ± 4,6	13,2 ± 4,3	***	10,0 ± 4,6	12,5 ± 4,2	***
8. Skłonność do ryzyka	2,9 ± 2,4	3,2 ± 2,6		3,3 ± 2,6	3,7 ± 3,0	
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	6,0 ± 2,7	6,4 ± 2,9		6,8 ± 2,7	7,2 ± 2,6	
10. Brak witalności	11,3 ± 3,7	12,1 ± 3,6	*	11,2 ± 3,8	12,1 ± 3,4	
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	8,5 ± 3,9	10,2 ± 3,5	***	7,4 ± 4,3	9,4 ± 3,9	**
12. Poczucie braku wpływu	4,4 ± 3,0	6,3 ± 3,1	***	3,8 ± 2,9	5,7 ± 3,2	***
13. Brak wewnątrzsterowności	8,2 ± 4,1	10,5 ± 4,1	***	7,2 ± 4,2	9,4 ± 4,3	***
14. Wyobrażenia, fantazjowanie	5,9 ± 2,8	7,2 ± 2,8	***	6,4 ± 3,0	7,0 ± 2,9	
15. Poczucie winy	6,6 ± 3,0	8,5 ± 2,3	***	6,1 ± 2,9	7,7 ± 2,6	***
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	5,5 ± 2,8	7,0 ± 2,8	***	5,7 ± 2,8	6,8 ± 2,7	**

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

17. Zawiść	3,7 ± 2,8	5,1 ± 2,9	***	4,0 ± 2,9	5,1 ± 2,9	**
18. Postawa narcystyczna	2,2 ± 2,1	3,2 ± 2,7	***	3,1 ± 2,8	4,1 ± 3,0	*
19. Poczucie zagrożenia	5,1 ± 3,0	7,0 ± 3,0	***	4,6 ± 2,8	6,2 ± 3,1	***
20. Egzaltacja	9,2 ± 2,5	10,2 ± 2,1	***	7,6 ± 2,7	8,3 ± 2,6	*
21. Irracjonalność	4,6 ± 2,0	4,5 ± 2,2		3,8 ± 2,1	4,2 ± 2,2	
22. Drobiazgowość	4,0 ± 2,0	4,1 ± 2,0		4,3 ± 2,0	4,1 ± 2,3	
23. Rozpamiętywanie	7,7 ± 1,9	8,4 ± 1,5	***	7,1 ± 2,2	7,8 ± 1,9	**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Z danych zawartych w tabeli 4 wynika, że wartości współczynnika XKON oraz większości (16 spośród 24) skal KON-2006 były istotnie wyższe u pacjentów zgłaszających myśli samobójcze. Uzyskane wyniki okazały się zasadniczo podobne w grupach mężczyzn i kobiet.

Tabela 5. Różnice w zakresie cech osobowości nerwicowej w grupach uwzględniających zgłoszenie różnego nasilenia myśli samobójczych

	Kobiety					Mężczyźni				
	bez MS	niewielkie nasilenie MS	średnie nasilenie MS	znaczne nasilenie MS	p efekt główny	bez MS	niewielkie nasilenie MS	średnie nasilenie MS	znaczne nasilenie MS	p efekt główny
Globalna nerwicowa dezintegracja osobowości (wsp. XKON)	32,1 ± 21,9 ①②③	42,1 ± 22,7 ①④	44,9 ± 21,8 ②	55,1 ± 17,6 ③④	***	30,2 ± 21,5 ①②	39,8 ± 21,9 ①	50,3 ± 19,1 ②	54,2 ± 27,9	***
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	8,5 ± 4,7 ①②	10,4 ± 4,6 ①	10,1 ± 4,4	11,5 ± 4,3 ③	***	7,8 ± 4,4 ①	9,0 ± 4,6	11,1 ± 3,4 ①	10,3 ± 5,0	*
2. Astenia	9,4 ± 3,1 ①②③	10,8 ± 2,5 ①	11,2 ± 2,2 ②	11,7 ± 1,8 ③	***	9,0 ± 3,6 ①②	10,3 ± 2,9 ①③	12,1 ± 1,2 ②③	10,4 ± 3,7	***
3. Negatywna samoocena	5,1 ± 3,3 ①②③	6,8 ± 3,5 ①④	7,8 ± 3,2 ②	9,1 ± 2,7 ③④	***	3,9 ± 2,9 ①②	5,9 ± 3,5 ①③	8,5 ± 3,0 ②③	7,3 ± 4,2	***
4. Impulsywność	7,5 ± 4,0 ①②③	8,6 ± 4,0 ①④	10,0 ± 4,0 ②	10,4 ± 3,2 ③④	***	6,5 ± 3,9 ①	7,4 ± 3,7	8,2 ± 3,6	10,1 ± 2,7 ①	*
5. Trudności podejmowania decyzji	7,4 ± 2,7	7,6 ± 2,9	7,0 ± 3,1	8,0 ± 2,5	ns	7,1 ± 2,7	7,0 ± 2,8	7,4 ± 2,6	8,5 ± 1,9	ns
6. Poczucie wyobcowania	4,7 ± 3,6 ①②③	6,6 ± 4,1 ①④	8,0 ± 3,5 ②	9,3 ± 3,2 ③④	***	4,5 ± 3,4 ①②	6,5 ± 3,8 ①③	9,1 ± 3,2 ②③	7,4 ± 3,1	***
7. Demobilizacja	11,3 ± 4,6 ①②③	12,7 ± 4,6 ①	13,0 ± 4,0 ②	14,4 ± 3,6 ③	***	10,0 ± 4,6 ①②	11,9 ± 4,2 ①	14,0 ± 3,7 ②	14,0 ± 4,7	***
8. Skłonność do ryzyka	2,9 ± 2,4	3,2 ± 2,5	3,3 ± 2,7	3,0 ± 2,6	ns	3,3 ± 2,6	3,8 ± 3,1	3,4 ± 2,9	3,3 ± 2,4	ns

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

9. Trudności w relacjach emocjonalnych	6,0 ± 2,7	6,2 ± 3,1	6,6 ± 2,9	6,7 ± 2,5	ns	6,8 ± 2,7	7,2 ± 2,4	7,0 ± 2,8	8,1 ± 2,8	ns
10. Brak witalności	11,3 ± 3,7 ①	11,9 ± 3,7	11,9 ± 3,7	12,9 ± 3,2 ①	*	11,2 ± 3,8	11,7 ± 3,5	12,8 ± 3,3	13,5 ± 2,6	ns
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	8,5 ± 3,9 ①②	10,2 ± 3,5 ①	9,6 ± 3,6	10,9 ± 3,4 ②	***	7,4 ± 4,3 ①	8,8 ± 3,9	10,9 ± 3,2 ①	10,0 ± 4,6	**
12. Poczucie braku wpływu	4,4 ± 3,0 ①②③	5,6 ± 3,0 ①④	6,3 ± 3,4 ②	7,6 ± 2,7 ③④	***	3,8 ± 2,9 ①②	5,5 ± 3,1 ①	6,5 ± 3,3 ②	5,6 ± 3,3	***
13. Brak wewnętrzsterowności	8,2 ± 4,1 ①②③	10,2 ± 4,0 ①	10,2 ± 4,2 ②	11,4 ± 4,0 ③	***	7,2 ± 4,2 ①	8,7 ± 4,3 ②	11,3 ± 3,0 ①②	10,3 ± 6,0	***
14. Wyobraźnia, fantazjowanie	5,9 ± 2,8 ①②	7,1 ± 2,8 ①	6,9 ± 2,9	7,6 ± 2,9 ③	***	6,4 ± 3,0	6,8 ± 3,1	7,6 ± 2,4	7,4 ± 2,6	ns
15. Poczucie winy	6,6 ± 3,0 ①②③	8,0 ± 2,5 ①④	8,5 ± 2,2 ②	9,3 ± 1,8 ③④	***	6,1 ± 2,9 ①②	7,3 ± 2,7 ①	8,8 ± 2,1 ②	8,4 ± 2,9	***
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	5,5 ± 2,8 ①②③	6,7 ± 3,0 ①	7,3 ± 2,4 ②	7,6 ± 2,6 ③	***	5,7 ± 2,8 ①	6,5 ± 2,7	7,6 ± 2,8 ①	7,1 ± 1,6	*
17. Zawiść	3,7 ± 2,8 ①②③	4,7 ± 3,0 ①④	5,0 ± 2,8 ②	5,9 ± 2,6 ③④	***	4,0 ± 2,9 ①②	4,7 ± 2,9	5,8 ± 2,6 ①	7,1 ± 3,0 ②	**
18. Postawa narcystyczna	2,2 ± 2,1 ①②③	3,0 ± 2,7 ①	3,2 ± 2,7 ②	3,6 ± 2,8 ③	***	3,1 ± 2,8 ①	3,8 ± 3,0	4,3 ± 2,4	6,9 ± 3,6 ①	*
19. Poczucie zagrożenia	5,1 ± 3,0 ①②③	6,4 ± 3,0 ①④	7,1 ± 3,0 ②	8,3 ± 2,7 ③④	***	4,6 ± 2,8 ①②	5,6 ± 2,9 ①	7,5 ± 3,2 ①	7,6 ± 3,4	***
20. Egzaltacja	9,2 ± 2,5 ①②③	10,1 ± 2,1 ①	10,1 ± 2,3 ②	10,7 ± 1,8 ③	***	7,6 ± 2,7	8,1 ± 2,7	8,9 ± 2,0	8,5 ± 3,1	ns
21. Irracjonalność	4,6 ± 2,0	4,5 ± 2,1	4,5 ± 2,4	4,7 ± 2,4	ns	3,8 ± 2,1	4,3 ± 2,3	4,0 ± 2,2	3,6 ± 1,9	ns
22. Drobiazgowość	4,0 ± 2,0	3,9 ± 1,9	3,9 ± 2,1	4,6 ± 1,8	ns	4,3 ± 2,0	4,1 ± 2,3	3,8 ± 2,1	4,8 ± 2,8	ns
23. Rozpamiętywanie	7,7 ± 1,9 ①②	8,3 ± 1,7 ①	8,3 ± 1,5	8,8 ± 1,2 ②	***	7,1 ± 2,2	7,7 ± 2,0	8,1 ± 1,3	7,6 ± 2,1	*
24. Poczucie przeciążenia	4,9 ± 2,0 ①	4,7 ± 1,9 ②	5,2 ± 2,0	5,9 ± 1,9 ①②	**	4,7 ± 2,0	4,8 ± 2,2	5,4 ± 1,6	5,5 ± 2,1	ns

efekty główne oznaczono * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, istotności w testach post-hoc ①②③④ $p < 0,05$

Tabela 6. Różnice w zakresie globalnego nasilenia objawów nerwicznych w grupach uwzględniających zgłoszenie występowania myśli samobójczych

	Kobiety			Mężczyźni		
	bez MS	obecność MS	p	bez MS	obecność MS	p
Globalne nasilenie objawów (wsp. OWK)	337,6 ± 144,5	466,3 ± 137,1	***	304,0 ± 129,2	406,0 ± 140,2	***

*** $p < 0,001$

Wskaźniki globalnego nasilenia objawów (współczynniki OWK) były istotnie wyższe u pacjentów zgłaszających myśli samobójcze, niezależnie od płci badanych (tab. 6).

Tabela 7. Różnice w zakresie globalnego nasilenia objawów nerwicowych w grupach uwzględniających zgłoszenie różnego nasilenia myśli samobójczych

	Kobiety					Mężczyźni				
	bez MS	niewielkie nasilenie MS	średnie nasilenie MS	znaczne nasilenie MS	p efekt główny	bez MS	niewielkie nasilenie MS	średnie nasilenie MS	znaczne nasilenie MS	p efekt główny
Globalne nasilenie objawów (wsp. OWK)	337,6 ± 144,5 ①②③	433,8 ± 132,7 ①④	460,0 ± 117,2 ②	544,2 ± 139,1 ③④	***	304,0 ± 129,2 ①②③	377,7 ± 136,4 ①④	474,4 ± 138,0 ②④	467,3 ± 95,2 ③	***

efekty główne oznaczono *** $p < 0,001$, istotności w testach post-hoc ①②③④ $p < 0,05$

Informacja o nieobecności MS (odpowiedź „0” w kwestionariuszu objawowym) wiązała się z najniższymi wartościami OWK, niewielkie nasilenie (odpowiedź „a”) z wartościami istotnie wyższymi, ale niższymi niż zgłoszenie średniego lub znacznego nasilenia MS (odpowiedzi „b” i „c”), co przedstawia tabela 7.

Zaobserwowano również systematyczny wzrost wartości współczynnika globalnego nasilenia objawów (OWK) w grupach pacjentek uszeregowanych od tych, u których nie występowały MS, poprzez grupy o nieznacznej, średniej i w końcu najwyższej uciążliwości MS. Zbliżony obraz można zauważyć w grupie mężczyzn (tab. 7), jednak ponieważ nie wszystkie różnice między podgrupami osiągnęły istotność statystyczną, obserwacje te opisują jedynie trendy.

Dyskusja

W uzyskanych wynikach zwraca uwagę fakt, że odsetek pacjentów sprawozdających występowanie myśli samobójczych w grupie rozpoczynającej leczenie na psychoterapeutycznym oddziale dziennym przeznaczonym głównie dla osób cierpiących na zaburzenia nerwicowe i niektóre zaburzenia osobowości jest wielokrotnie wyższy od odsetka będącego rezultatem badań na grupach reprezentatywnych dla populacji ogólnych. W badanej grupie 1/3 kobiet i 1/3 mężczyzn zgłosiła występowanie MS (tab. 3). Zasadniczym czynnikiem determinującym specyfikę grupy pacjentów dziennego oddziału leczenia nerwic jest fakt, iż po zgłoszeniu się do leczenia przeszli oni procedurę kwalifikacji do leczenia. Wiąże się ona z przeprowadzaniem przez doświadczonych psychiatrów i psychologów doboru pacjentów do konfrontującej z objawami i powodującej napięcie psychoterapii grupowej, połączonej z elementami terapii indywidualnej. Dlatego nie zostali zakwalifikowani pacjenci, których profil zaburzeń nie odpowiadał założeniom pracy oddziału, najczęściej z rozpoznaniem organicznych zaburzeń OUN, uzależnień, psychoz schizofrenicznych i zaburzeń afektywnych, a także pacjenci, którzy jednak nie mogli skorzystać z programu leczenia z uwagi na warunki życiowe, ogólny stan zdrowia itp. W końcu, pośród niezakwalifikowanych,

część stanowili pacjenci z zaburzeniami osobowości o znacznie obniżonej zdolności do kontrolowania impulsów autoagresywnych lub obarczeni wysokim ryzykiem zachowań samobójczych, które uniemożliwiały odbywanie terapii w trybie dziennym. W rezultacie proces kwalifikacji przechodziło tylko 20–25% pacjentów wstępnie badanych przez psychiatrę [40]. Wiele spośród kryteriów niepozwalających na kwalifikację pacjentów do leczenia (część wymienionych powyżej rozpoznań, wysokie ryzyko samobójstwa i brak zdolności do kontrolowania impulsów autoagresywnych, jak również ciężkie choroby somatyczne) współwystępuje z myślami samobójczymi [41]. W następstwie tego wysoce prawdopodobne jest, iż niniejszym badaniem nie została objęta pewna swoista grupa pacjentów, spośród wszystkich zgłaszających się do leczenia, u których występowały MS. Skłania to do pytań o profil tej niezakwalifikowanej populacji w zakresie objawów i cech osobowości nerwicowej (albo rodzaju zaburzeń osobowości w ogóle) oraz różnice w zestawieniu z grupą poddaną niniejszemu badaniu.

Kolejnym czynnikiem niewątpliwie wpływającym na rezultaty niniejszego badania była specyfika narzędzia (kwestionariusza objawowego KO„O” [32]), które pozwoliło na określenie odsetka pacjentów deklarujących MS w ogóle (po 34% kobiet i mężczyzn) oraz MS o najwyższym stopniu uciążliwości (odp. „c” deklarowana w grupach kobiet i mężczyzn odpowiednio przez 8% i 3% badanych; tab. 3). Do tego celu wykorzystano odpowiedzi pacjentów na pytanie numer 62 dotyczące stopnia uciążliwości chęci odebrania sobie życia. Należy w tym miejscu podkreślić, że zadeklarowanie występowania uciążliwych MS przez pacjenta z pewnością nie jest równoważne ujawnieniu MS podczas badania psychiatrycznego.

W związku z powyżej opisaną procedurą badawczą pojawia się wiele pytań. Jakimi cechami osobowości charakteryzują się pacjenci z MS w wywiadzie, którzy jednak nie doświadczyli tego objawu w czasie siedmiu dni poprzedzających badanie? Jakim czynnikiem należy przypisać niedeklarowanie lub niewystępowanie MS w czasie tygodnia poprzedzającego badanie kwalifikujące do psychoterapii u pacjentów doświadczających ich w przeszłości? Sformułowanie odpowiedzi na te pytania wymaga przeprowadzenia odrębnych badań.

Kolejną ważną kwestią pozostającą bez odpowiedzi jest pytanie o odrębności i podobieństwa w zakresie profilu osobowości badanej grupy pacjentów w zestawieniu z tymi, którzy deklarują występowanie innych form myśli lub zachowań autoagresywnych. Wiele badań, których przykłady zostały przytoczone we wstępie, wskazuje na częste współwystępowanie różnych form autoagresji (samookaleczenia, ryzykowne kontakty seksualne, nadużywanie substancji psychoaktywnych itp.) [1] oraz ich związki z różnymi cechami osobowości [22, 42].

Bez wątpienia istnieją też pewne rozbieżności pomiędzy tym, co pacjenci sprawozdają jako MS, oraz tym, co określane jest przez psychiatrów podczas badania stanu psychicznego jako MS, czy to z tendencjami do ich realizacji, czy też bez. Zobrazowaniu trudności metodologicznych, jakie napotykamy w tym obszarze, może posłużyć przykład badań, które zostały przeprowadzone przez Mundta i wsp. [43] za pomocą komputerowej wersji Columbia Suicide Severity Rating Scale. W ramach owego badania wyodrębniono grupę pacjentów, którzy sprawozdawali występowanie w czasie

ich całego życia myśli samobójczych z tendencjami do ich realizacji lub zachowań samobójczych w przeszłości. Okazało się, że czułość i specyficzność owej metody wyodrębniania zachowań samobójczych opierającej się na subiektywnym osądzie pacjentów były względnie niskie – wyniosły odpowiednio 0,67 oraz 0,76.

Pewnym szczególnym rodzajem psychopatologii spotykanym w pracy z pacjentami psychiatrycznymi, istotnym w kontekście niniejszego badania, jest występowanie MS, które są uznawane przez pacjentów za doświadczenia egosyntoniczne czy też nieuciążliwe. Często dotyczy to między innymi pacjentów o głęboko zaburzonej osobowości. Sytuacja taka może być konsekwencją posługiwania się MS jako środkiem regulowania napięcia emocjonalnego, który przynosi pacjentom subiektywne poczucie ulgi i jako taki jest przez nich postrzegany jako nieuciążliwy lub uciążliwy w mniejszym stopniu. Z podobną sytuacją spotykamy się niekiedy w przypadku pacjentów cierpiących na zaburzenia depresyjne o ciężkim przebiegu, podczas których ujawnia się skłonność do bezkrytycznego postrzegania MS jako sposobu poradzenia sobie z błędnie ocenianą sytuacją życiową. Wówczas pacjenci skłonni są uznawać MS za niosące perspektywę ulgi autentyczne rozwiązanie, które nie budzi w nich odczucia uciążliwości.

W rezultacie niniejszego badania zaobserwowano, że grupy kobiet i mężczyzn zgłaszające występowanie uciążliwych MS cechują się wyższymi wartościami współczynników globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości (XKON) w porównaniu z grupami niezgłaszającymi MS (tab. 4). Ponadto, szeregując grupy pacjentów, począwszy od grup niedeklarujących MS, a następnie zgodnie z rosnącą uciążliwością MS, obserwujemy systematyczny, choć nie zawsze istotny statystycznie wzrost średnich współczynników globalnej nerwicowej dezintegracji osobowości (XKON) zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn (tab. 6). Te rezultaty niniejszego badania potwierdzają wyniki wcześniejszych badań nad związkiem pomiędzy częstszym występowaniem MS oraz większym nasileniem neurotyczności [17, 22]. Należy jednak zaznaczyć, iż w cytowanych badaniach neurotyczność była definiowana odmiennie i operacjonalizowana za pomocą różnych narzędzi.

Wyniki niniejszego badania pozwalają także na pogłębienie i uszczegółowienie owych ustaleń. Pokazują one, iż żadna z wartości dwudziestu czterech skal charakteryzujących osobowość nerwicową nie jest istotnie niższa w grupach pacjentów zgłaszających MS w porównaniu z grupami ich niezgłaszającymi, zarówno pośród kobiet, jak i mężczyzn (tab. 4). Prowadzi to do konkluzji, że żaden z komponentów osobowości nerwicowej (odzwierciedlanych przez wysokie wartości skal KON) nie zmniejsza ryzyka występowania MS (nie jest czynnikiem protekcyjnym).

Na podstawie niniejszego badania można natomiast stwierdzić, iż większość skal kwestionariusza KON charakteryzuje się statystycznie istotnie wyższymi wartościami w grupach pacjentów sprawozdających występowanie MS w stosunku do grup ich niezgłaszających. Było tak niezależnie od płci badanych w przypadku 16 spośród 24 skal oraz u kobiet w przypadku 20 spośród 24 skal KON-2006 (tab. 4).

Spójnych informacji dostarczyły wyniki kwestionariuszy objawowych KO_{„O”} zawierające oszacowanie globalnego nasilenia dolegliwości nerwicowych. Porównując grupy pacjentów, u których nie występowały MS, z tymi, u których występowały uciążliwe MS, zaobserwowano, iż te ostatnie grupy – zarówno kobiet, jak i mężczyzn

– cechowały się istotnie wyższymi wartościami współczynnika globalnego nasilenia objawów OWK (tab. 5). Zaprezentowane tutaj wyniki współbrzmia z wynikami, jakie uzyskali Sareen i wsp. [4], według których uprzednie zachorowanie na zaburzenia lękowe stanowi niezależny czynnik ryzyka późniejszego wystąpienia myśli samobójczych, i badań Thibodeau i wsp. [5], według których każde z zaburzeń lękowych było powiązane z podwyższonym ryzykiem wystąpienia w czasie całego życia prób samobójczych oraz MS, a także wnoszą informacje o rozpowszechnieniu MS w ramach obrazu aktualnie występujących zaburzeń nerwicowych.

Wnioski

1. W grupie 1 063 pacjentów kwalifikowanych do terapii na dziennym oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości w latach 2004–2008 obecność myśli samobójczych u obu płci była częsta (zarówno 34% kobiet, jak i mężczyzn zgłosiło je w tygodniu poprzedzającym pierwsze badania kwalifikujące) i wiązała się z istotnie wyższym globalnym nasileniem objawów (OWK) oraz istotnie większą globalną nerwicową dezintegracją osobowości (XKON).
2. Obraz ten uzupełnia szczegółowa obserwacja dotycząca wartości większości skal kwestionariusza osobowości nerwicowej – istotnie wyższych u pacjentów zgłaszających chęć odebrania sobie życia. Niezależnie od płci badanych wartości istotnie wyższe przyjęło 16 (spośród 24) skal.
3. Im większe było nasilenie MS u kobiet, tym silniej zaznaczała się większość cech osobowości nerwicowej opisywanych kwestionariuszem KON-2006, jednak różnice wartości skal nie osiągnęły istotności statystycznej. U mężczyzn zaobserwowano podobny trend, ponadto w grupie z najbardziej uciążliwymi MS nasilenie większości cech osobowości nerwicowej było nieco niższe w porównaniu z grupą mężczyzn o średnio uciążliwych MS. Nie można zatem jednoznacznie wnioskować o istotnym powiązaniu cech osobowości nerwicowej z nasileniem MS, a jedynie z ich występowaniem.
4. Żaden z komponentów osobowości nerwicowej nie zmniejszał ryzyka występowania myśli samobójczych (nie wiązał się z niską uciążliwością MS ani z ich nieobecnością).
5. Pacjenci zgłaszający w kwestionariuszu objawowym chęć odebrania sobie życia, choć względnie często spotykani na dziennym oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych, zasługują na szczególną uwagę z powodu większego nasilenia ich zaburzeń zarówno w zakresie objawów, jak i leżących u ich podłoża zaburzeń osobowości.

Podziękowania

Konsultacje statystyczne – dr Maciej Sobański.

Badanie było częściowo realizowane w ramach grantów: K/ZDS/000422 i 501/NKL/270/L (dr J.A. Sobański), K/DSC/000018 (dr Ł. Müldner-Nieckowski) i K/ZDS/002318 (dr hab. K. Rutkowski).

Piśmiennictwo

1. Crosby AE, Han B, Ortega LA, Parks SE, Gfroerer J. *Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18 years--United States, 2008-2009*. MMWR Surveill. Summ. 2011; 60(13): 1-22.
2. Husky MM, Guignard R, Beck F, Michel G. *Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample*. J. Affect. Disord. 2013; 151(3): 1059-1065.
3. Kidger J, Heron J, Lewis G, Evans J, Gunnell D. *Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England*. BMC Psychiatry 2012; 12: 69.
4. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M. i wsp. *Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62(11): 1249-1257.
5. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J, Asmundson GJ. *Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples*. Depress. Anxiety 2013; 30(10): 947-954.
6. Chartrand H, Sareen J, Toews M, Bolton JM. *Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample*. Depress. Anxiety 2012; 29(3): 172-179.
7. Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sareen J. *The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Depress. Anxiety 2010; 27(9): 791-798.
8. Fennig S, Hadas A. *Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders*. Nord. J. Psychiatry 2010; 64(1): 32-39.
9. Pilecki MW, Józefik B, Sałapa K. *Związek oceny relacji rodzinnych z depresją u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 385-395.
10. Franko DL, Keel PK. *Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications*. Clin. Psychol. Rev. 2006; 26(6): 769-782.
11. Joyce PR, Light KJ, Rowe SL, Cloninger CR, Kennedy MA. *Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2010; 44(3): 250-257.
12. Baguelin-Pinaud A, Seguy C, Thibaut F. *Self-mutilating behaviour: a study on 30 inpatients*. Encephale 2009; 35(6): 538-543.
13. Hodgins S, De Brito SA, Chhabra P, Côté G. *Anxiety disorders among offenders with antisocial personality disorders: a distinct subtype?* Can. J. Psychiatry 2010; 55(12): 784-791.
14. Verona E, Sprague J, Javdani S. *Gender and factor-level interactions in psychopathy: implications for self-directed violence risk and borderline personality disorder symptoms*. Personal. Disord. 2012; 3(3): 247-262.
15. Puzyński S, Wciórka J. red. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN; 1997.
16. Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Dervic K, Perez-Rodriguez MM, Lopez-Castroman J, Saiz-Ruiz J. i wsp. *Specific features of suicidal behavior in patients with narcissistic personality disorder*. J. Clin. Psychiatry 2009; 70(11): 1583-1587.
17. Schaefer KE, Esposito-Smythers C, Riskind JH. *The role of impulsivity in the relationship between anxiety and suicidal ideation*. J. Affect. Disord. 2012; 143: 95-101.
18. Brezo J, Paris J, Turecki G. *Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review*. Acta Psychiatr. Scand. 2006; 113(3): 180-206.

19. Blüml V, Kapusta ND, Doering S, Brähler E, Wagner B, Kersting A. *Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population*. PLoS One 2013; 4;8(10): e76646.
20. Sjöström N, Hetta J, Waern M. *Sense of coherence and suicidality in suicide attempters: a prospective study*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2012; 19(1): 62–69.
21. Pompili M, Rihmer Z, Akiskal HS, Innamorati M, Iliceto P, Akiskal KK. i wsp. *Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients*. Psychopathology 2008; 41(5): 313–321.
22. Handley TE, Attia JR, Inder KJ, Kay-Lambkin FJ, Barker D, Lewin TJ. i wsp. *Longitudinal course and predictors of suicidal ideation in a rural community sample*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2013; 47(11): 1032–1040.
23. Gmitrowicz A, Szczepaniak A, Jabłowska-Górecka K. *Ocena stylów radzenia sobie ze stresem i inteligencji emocjonalnej u samouszkodzającej się młodzieży leczonej psychiatrycznie w zależności od wybranych czynników klinicznych*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(2): 227–240.
24. Mandal E, Zalewska K. *Style przywiązania, traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa i dorosłości, stany psychiczne oraz metody podejmowania prób samobójczych przez kobiety leczone psychiatrycznie*. Psychiatr. Pol. 2012; 46: 75–84.
25. Mandal E, Zalewska K. *Psychiczna kobiecość i męskość, poczucie własnej atrakcyjności, style przywiązania, style radzenia sobie i strategie autoprezentacji u kobiet podejmujących próby samobójcze*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(3): 329–339.
26. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków; Biblioteka Psychiatrii Polskiej KRW PTP; 2004.
27. Jimenez XF. *Patients with borderline personality disorder who are chronically suicidal: therapeutic alliance and therapeutic limits*. Am. J. Psychother. 2013; 67(2): 185–201.
28. Leichsenring F, Leibing E. *The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis*. Am. J. Psychiatry 2003; 160(7): 1223–1232.
29. Leenaars AA. *Psychotherapy with suicidal people a person-centred approach*. Chichester, West Sussex, England; John Wiley & Sons Ltd.; 2004.
30. Sawicka J, Szulc A, Bachórzewska-Gajewska H. *Samobójstwa wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi – opisy przypadków*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(1): 135–146.
31. Gierowski JK. *Niektóre prawne aspekty samobójstw*. Przegl. Lek. 1982; 39(11): 761–764.
32. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnostyce i badaniach epidemiologicznych zab. nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28: 667–676.
33. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006.
34. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 759–778.
35. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2009; 11(1): 21–29.
36. Ježková V, Matulová P. *Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 12(3): 57–61.
37. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2011; 13(3): 21–24.

38. Styła R. *Różnice w zakresie skuteczności intensywnych programów leczenia zaburzeń osobowości i nerwic. Czy warto monitorować efektywność zespołu terapeutycznego?* Psychiatr. Pol. 2014; 48(1): 157–171.
39. Białas A. *Wiek pacjentów a skuteczność psychoterapii i możliwość zmiany cech osobowości.* Psychoterapia 2008; 144(1): 27–42.
40. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic.* Psychiatria Psychoterapia 2011; 7(4): 20–34.
41. Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. red. *Psychiatria.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012.
42. Bryan CJ, Hernandez AM. *The functions of social support as protective factors for suicidal ideation in a sample of air force personnel.* Suicide Life Threat. Behav. 2013; 43(5): 562–573.
43. Mundt JC, Greist JH, Jefferson JW, Federico M, Mann JJ, Posner K. *Prediction of suicidal behavior in clinical research by lifetime suicidal ideation and behavior ascertained by the electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale.* J. Clin. Psychiatry 2013; 74(9): 887–893.

Adres: Jerzy A. Sobański
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 14.06.2014
Zrecenzowano: 31.08.2014
Otrzymano po poprawie: 30.09.2014
Przyjęto do druku: 30.10.2014